



**PERCORSO FORMATIVO
PER INFERMIERE CARE MANAGER DEL PAZIENTE COMPLESSO
NELLE CURE PRIMARIE**

PREMESSA

La formazione dell' "Infermiere *Care Manager del paziente complesso nelle cure primarie*" avviene attraverso la partecipazione ad un percorso formativo promosso dalla Regione del Veneto e realizzato in collaborazione con la Fondazione S.S.P. alla quale è affidata l'organizzazione e l'attivazione dei corsi.

La formazione è finalizzata a far acquisire ai partecipanti le seguenti competenze:

- coordinare e gestire l'assistenza integrata dei pazienti complessi identificati con il MMG che opera nelle forme organizzative più evolute della medicina di famiglia, utilizzando le modalità e gli strumenti tipici del *Care Management*;
- utilizzare i dati prodotti dal sistema di case mix aziendale necessari all'assistenza dei pazienti complessi presi in carico;
- utilizzare il processo di nursing opportunamente adattato al *Care Management*;
- valutare i rischi reali e potenziali per il paziente e la famiglia/*caregiver*, predisponendo interventi atti alla prevenzione e alla soluzione;
- attivare operatori/professionisti e Servizi della Rete socio-sanitaria e socio assistenziale;
- utilizzare strumenti e tecniche di comunicazione efficace finalizzate all'*empowerment* del paziente e della famiglia/*caregiver*;
- utilizzare strumenti dell'educazione terapeutica ai fini dell'approccio assistenziale al paziente e alla famiglia/*caregiver*;
- erogare interventi assistenziali integrati con il MMG che opera nelle forme organizzative più evolute della medicina di famiglia;
- accompagnare il paziente e la famiglia/*caregiver* nella cura del fine vita.

L'infermiere *Care Manager* del paziente complesso nelle cure primarie, utilizza un approccio ispirato al modello *Guided Care* che prevede la presa in carico del paziente cronico, attraverso l'applicazione delle seguenti otto fasi:

1. accertare i bisogni e le preferenze dei pazienti
2. creare il Piano di Cura e il Piano di Azione
3. monitorare, almeno mensilmente, le condizioni del paziente in maniera proattiva
4. supportare e promuovere l'autogestione del paziente
5. coordinare tutti i "provider" che ruotano attorno al paziente
6. favorire le transizioni tra i luoghi di cura
7. educare e sostenere i familiari e i *caregiver* fornendo loro informazioni e riferimenti
8. facilitare l'accesso alle risorse socio-sanitarie del territorio dove vive il paziente.

OBIETTIVI E CONTENUTI

FORMAZIONE RESIDENZIALE			
OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	CONTENUTI	n. ore
<p>Coordinare ed erogare interventi assistenziali in integrazione con il MMG nelle forme organizzate della medicina convenzionata e con altri operatori coinvolti, servendosi dei dati prodotti dal sistema informativo di case mix aziendale.</p>	<p>Conoscere gli ambiti di attività e di competenza del MMG e dell'infermiere ai fini di attuare modalità di lavoro integrate.</p> <p>Conoscere il contratto d'esercizio della medicina convenzionata</p> <p>Conoscere i sistemi di case mix e il Sistema <i>Adjusted Clinical Group (ACG)</i>.</p> <p>Conoscere i dati forniti dal sistema ACG necessari per pianificare gli interventi assistenziali.</p> <p>Conoscere le modalità di inserimento dei pazienti nelle liste fornite dal sistema ACG.</p> <p>Conoscere le tecniche e gli strumenti relazionali per lavorare efficacemente in équipe evitando i conflitti.</p>	<p>La multiprofessionalità nel <i>care management</i> del paziente complesso nelle cure primarie.</p> <p>Il contratto d'esercizio.</p> <p>I Sistemi di classificazione dei pazienti e il Sistema ACG.</p> <p>La metodologia del Sistema ACG: dati di input e indicatori di output.</p> <p>Gli strumenti e le tecniche del lavoro d'équipe nelle cure primarie.</p> <p>L'identificazione e gestione dei conflitti.</p>	<p>11,5</p>
<p>Conoscere il quadro normativo e i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali presenti nel contesto in cui vive il paziente.</p>	<p>Conoscere l'organizzazione regionale dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.</p> <p>Conoscere le procedure di attivazione e il funzionamento dei servizi della rete.</p>	<p>La rete dei servizi socio-sanitari: il distretto, le cure primarie, le forme organizzate della medicina di base, la COT, l'ospedale, le cure intermedie, le strutture residenziali, ecc.</p> <p>I luoghi, gli strumenti e i professionisti dell'integrazione socio-sanitaria per le progettualità personalizzate a supporto del paziente complesso, della famiglia e del contesto sociale.</p>	<p>7,15</p>
<p>Esaminare il contesto di vita della persona e della famiglia in relazione ai rischi reali e potenziali al fine di individuare opzioni di intervento mirate.</p>	<p>Riconoscere e segnalare le situazioni di rischio reale e potenziale per il paziente e la famiglia/caregiver.</p> <p>Predisporre interventi atti alla prevenzione/soluzione</p>	<p>L'ambiente familiare, il contesto sociale e relazionale nel quale vive il paziente.</p> <p>Le principali situazioni di rischio fisico, ambientale e socio-relazionale.</p> <p>Il supporto dell'infermiere <i>care manager</i> nella gestione delle principali situazioni di rischio reali e potenziali per il paziente e la famiglia/caregiver.</p>	<p>7,15</p>
<p>Attivare strategie comunicative ai fini dell'educazione terapeutica utilizzando anche strumenti e tecniche della comunicazione efficace finalizzati all'<i>empowerment</i> del paziente e della famiglia/caregiver.</p>	<p>Conoscere ed utilizzare gli strumenti e le tecniche della comunicazione efficace.</p> <p>Conoscere i principi, gli strumenti e le tecniche dell'educazione terapeutica.</p>	<p>La narrazione della storia del paziente e l'identificazione dei bisogni, le reazioni alla malattia cronica, la resilienza.</p> <p>I principi dell'educazione terapeutica.</p> <p>Gli strumenti e le tecniche dell'educazione terapeutica.</p>	<p>7,15</p>

OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	CONTENUTI	n. ore
Adattare il processo di nursing alle specificità metodologiche del <i>care management</i> .	<p>Conoscere le modalità di esecuzione dell'accertamento e di utilizzo degli strumenti tipici del Care management.</p> <p>Conoscere le modalità di stesura del piano di cura e del piano d'azione.</p>	<p>L'accertamento a domicilio e nello studio del MMG.</p> <p>Il piano di cura.</p> <p>Il piano d'azione.</p>	7,15
Accompagnare il paziente e la famiglia/caregiver con modalità metodologiche e assistenziali opportune nella "cura del fine vita".	Conoscere i Servizi e gli strumenti delle cure palliative per i pazienti anche non oncologici.	<p>Le cure palliative, le cure simultanee e le cure del fine vita del paziente.</p> <p>I bisogni del paziente e della famiglia/caregiver.</p> <p>L'infermiere <i>care manager</i> nella cura del fine vita del paziente.</p>	6
Totale ore			39

FORMAZIONE SUL CAMPO			
OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	CONTENUTI	n. ore
Applicare nell'assistenza al paziente complesso, il modello di <i>care management</i> secondo i principi e le modalità apprese durante la formazione d'aula.	Realizzare la presa in carico dei pazienti complessi utilizzando la metodologia e gli strumenti del <i>care management</i> .	<p>Effettuare l'accertamento a domicilio e nello studio del MMG.</p> <p>Redigere il piano di cura con il MMG.</p> <p>Stendere il piano d'azione con il paziente.</p>	41
Redigere un project work di un paziente identificato con il MMG e preso in carico con le modalità del <i>care management</i> .	Saper descrivere il processo di presa in carico di un paziente complesso nelle cure primarie.	Stilare un project work relativo alla presa in carico integrata di un paziente complesso identificato con il MMG.	10
Totale ore			51
ORE COMPLESSIVE			90

**DIRETTIVE PER L'ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO
"INFERMIERE CARE MANAGER DEL PAZIENTE COMPLESSO
NELLE CURE PRIMARIE"**

1- REQUISITI D'ACCESSO E MODALITÀ DI AMMISSIONE

L'ammissione al percorso formativo di "Infermiere Care Manager del paziente complesso nelle cure primarie", è riservata al personale infermieristico dipendente del SSR che, nell'ambito dell'attività distrettuale, dovrà coordinare e gestire la presa in carico dei pazienti complessi identificati con il MMG che presta la propria attività nelle forme organizzative più evolute della medicina di famiglia.

Per l'ammissione è richiesto il possesso del diploma di laurea in infermieristica o titolo equipollente, almeno 5 anni di anzianità di servizio nella qualifica di infermiere, esperienza di assistenza domiciliare non inferiore a 2 anni, competenze informatiche relative ai principali programmi utilizzati a supporto dell'assistenza.

La scelta degli infermieri da ammettere al percorso è demandata alle singole aziende sanitarie le quali, entro i termini indicati dalla Fondazione S.S.P, trasmettono alla stessa i nominativi.

2 - DURATA E ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO

Il percorso formativo prevede una parte teorica della durata di n. 39 ore e una parte di Formazione sul Campo (FSC) della durata di n. 51 ore.

La FSC è parte rilevante del percorso formativo e dev'essere realizzata a domicilio, nello studio del MMG e nei diversi ambiti di transizione del paziente identificato con il MMG e preso in carico con le modalità del *Care Management*.

La durata complessiva del corso è di n. 90 ore.

In ciascuna edizione, il numero dei frequentanti non può superare le 40 unità, né essere inferiore a 16, fatte salve particolari situazioni, per le quali, su richiesta della Fondazione di S.S.P, potranno essere concesse specifiche deroghe.

**3 - FREQUENZA DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE E VALUTAZIONE
DELL'APPRENDIMENTO**

La frequenza alle attività teoriche e di FSC è obbligatoria ed è pari al 100% delle ore previste.

La partecipazione alle attività teoriche e di FSC dev'essere documentata con la rilevazione delle presenze.

Non sono ammessi a sostenere la prova di valutazione finale, coloro i quali, anche per giustificati motivi, non abbiano concluso l'intero percorso formativo.

Data la peculiarità del percorso formativo, nei casi in cui per gravi e/o giustificati motivi la frequenza venga interrotta, è consentita l'iscrizione in sovrannumero all'edizione successiva del corso, qualora attivata.

4 -PROVA DI VALUTAZIONE FINALE

A conclusione del percorso formativo per “Infermiere *Care Manager* del paziente complesso nelle cure primarie”, è previsto un esame finale da svolgersi in un’unica giornata e consistente in una discussione di un elaborato scritto (Project Work). La prova deve vertere su tutti i contenuti teorici e pratici del programma del corso.

L’ammissione alla prova di valutazione non può prescindere dalle condizioni previste al precedente punto 3. Ai corsisti che superano la prova è rilasciato dalla Fondazione S.S.P., un certificato (come da fac simile di cui all’allegato C), attestante l’acquisizione delle competenze distintive di “Infermiere *Care Manager* del paziente complesso nelle cure primarie”.

La Commissione per la prova di valutazione finale è nominata dal direttore della Sezione Controlli e Governo e Personale Servizio Sanitario Regionale con decreto dirigenziale ed è così formata:

Il direttore del progetto formativo	PRESIDENTE
Due docenti di cui uno per l’area infermieristica	COMPONENTI
Un rappresentante della Regione del Veneto	COMPONENTE

Per l’espletamento delle proprie attività la commissione si avvale di un segretario.